

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТИПИЧНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Павлов А.Г., Сушков С.А., Кухтенков П.А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. На протяжении многих лет трофические язвы были и остаются распространенной проблемой, которой врачи традиционно уделяют недостаточно внимания. Хотя на микроуровне механизм возникновения трофических язв до конца не изучен, достоверно известно, что пусковым элементом язвообразования, является повышенное венозное давление. В большинстве случаев венозные трофические язвы локализуются на медиальной поверхности голени в нижней трети. Это обусловлено несколькими причинами – вертикальным рефлюксом в системе большой подкожной вены и ее притоков, характерным расположением перфорантных вен (перфоранты Коккета) и работой мышечно-венозной помпы

стопы и голени. Однако встречаются и атипичные трофические нарушения, располагающиеся на передней и латеральной поверхности голени. По данным de Rijke et al. частота таких нарушений достигает 10% [1]. Причинами венозных трофических расстройств на латеральной поверхности может служить недостаточность малой подкожной вены [2], и наличие несостоятельных перфорантов, соединяющих передние большеберцовые вены, с варикозно расширенными ветвями поверхностных вен [1, 3]. Устранение рефлюкса по малой подкожной вене не представляет трудностей, тогда как устранить несостоятельные перфоранты на фоне трофических изменений на передней поверхности голени довольно сложно. Для этих целей можно использовать криодеструкцию, эндовенозную термическую абляцию перфорантов и склеротерапию под контролем ультразвука [4, 5]. Однако первые два метода требуют дорогостоящего оборудования, а склеротерапия на фоне склероза сопровождается высокой частотой осложнений и малой эффективностью.

Цель исследования – разработать оперативную методику, позволяющую безопасно и без закупок дорогостоящего оборудования устранить недостаточность перфорантов на передней поверхности голени.

Материал и методы. Нами проведено оперативное лечение 8 пациентов с трофическими нарушениями на передней поверхности голени и несостоятельными перфорантами на передней поверхности по данным дуплексного ультразвукового исследования. Возраст пациентов варьировал от 36 до 69 лет. У трёх пациентов хроническая венозная недостаточность была обусловлена посттромбофлебитическим синдромом, у оставшихся - варикозной болезнью. Клинические проявления по Международной классификации заболеваний вен CEAP у двух пациентов относились к классу C4 (липодерматосклероз), у 2-х пациентов – C5 (зажившая трофическая язва), у 4-х – C6 (открытая трофическая язва). У всех пациентов трофические нарушения на латеральной поверхности сопровождались трофическими расстройствами на медиальной поверхности голени от гиперпигментации до открытой трофической язвы. Коррекцию гемодинамических нарушений на медиальной поверхности выполняли при помощи различных вариантов флебэктомии, дистанционной окклюзии или резекции задних большеберцовых вен, несостоятельные перфоранты устраняли при помощи эндоскопической субфасциальной диссекции. Для устранения несостоятельных перфорантов в переднем миофасциальном ложе мы использовали разработанную нами троакарную методику эндоскопической субфасциальной диссекции. Для этого выполняли два вертикальных разреза кожи в проекции переднего миофасциального ложа длиной 3 и 0,5 см на границе верхней и средней трети голени, выше зоны трофических нарушений. Через разрезы вводили под фасцию два стандартных троакара для лапароскопических вмешательств с оптикой (диаметром 10 мм) и инструментом (5 мм). После этого поэтапно разделяли субфасциальное пространство переднего миофасциального ложа от зоны разрезов до голеностопного сустава, коагулируя перфоранты по ходу ложа. После завершения диссекции субфасциальное пространство дренировали длинной резиновой полоской. В послеоперационном периоде пациентам назначали профилактическую дозу низкомолекулярных гепаринов.

Результаты и обсуждение. Все операции были выполнены под спинальной анестезией. Продолжительность этапа эндоскопической диссекции в переднем миофасциальном ложе составила около 1 часа, что объясняется

освоением методики. Интраоперационных осложнений не было. Во всех случаях было коагулировано от 1 до 3 перфорантов ($1,86 \pm 0,69$, $M \pm \sigma$). В ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноения послеоперационных ран, тромбоза глубоких вен, лимфореи и других осложнений не было. Все пациенты были выписаны с улучшением в сроки от 9 до 14 дней после операции без открытых трофических язв ($11,38 \pm 1,5$ к/д, $M \pm \sigma$). Один пациент в последствии был оперирован повторно - после купирования явлений липодерматосклероза были удалены резидуальные вены. У этого же пациента в отдалённом периоде возник тромбоз подколенной вены на оперированной конечности. Поскольку осложнение возникло в отдалённом послеоперационном периоде (спустя 7 месяцев после первой операции и 4 месяца после второй), мы считаем, что оно не является следствием оперативного вмешательства, а, возможно, обусловлено неправильным применением компрессионной терапии.

Следует отметить, что эндоскопическая диссекция в переднем миофасциальном ложе голени технически сложнее, вследствие узости переднего миофасциального футляра и плотной фиксации фасции голени к гребню большеберцовой кости и малоберцовой кости. При выполнении вмешательств в переднем ложе мы столкнулись с теми же проблемами, которые возникают при операциях в медиальном ложе – сложности визуализации перфорантных вен в дистальной части голени на уровне голеностопного сустава [6]. Кроме того, как и de Rijcke [1], мы не смогли выявить и устранить все размеченные при дуплексном ультразвуковом исследовании перфоранты, хотя все перфоранты размеченные как несостоятельные мы устранили.

Отказаться от выполнения вмешательства нам пришлось в одном случае - у пациентки с тяжёлым распространённым липодерматосклерозом, вплоть до границы верхней трети голени, и обширными трофическими язвами на медиальной и передне-латеральной поверхности голени. Попытка выполнения доступа для введения троакаров на передней поверхности сопровождалась самопроизвольными продольными разрывами тканей, из-за чего от указанного этапа пришлось отказаться.

К сожалению, мы пока не имеем достаточно отдалённых результатов, однако первые итоги показывают, что эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени позволяет безопасно устранять несостоятельные перфорантные вены на передней поверхности голени при наличии трофических нарушений в данной зоне.

Выводы: Предложенная методика эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе является безопасным методом устранения горизонтального рефлюкса по перфорантным венам на передней поверхности голени.

Данная методика не требует закупок нового дорогостоящего оборудования и инструментария и может быть освоена всеми хирургами, владеющими техникой эндоскопических вмешательств.

Литература:

- 1 de Rijcke, P. A. Surgical anatomy for subfascial endoscopic perforating vein surgery of laterally located perforating veins / P. A. de Rijcke, [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2003. – Vol. 38, № 6. – P. 1349-52.
- 2 Bass, A. Lateral venous ulcer and short saphenous vein insufficiency / A. Bass, [et al.] // J. Vasc. Surg. – 1997. – Vol. 25, – P. 654-7.

3. de Rijcke, P.A. Subfascial endoscopic perforating vein surgery as treatment for lateral perforating vein incompetence and venous ulceration // P.A. de Rijcke, W.C. Hop, C.H. Wittens // J. Vasc. Surg. – 2003. – Vol. 38, № 4. – P. 799-803.
4. The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians, 2nd edition / edited by H.S. Fronek – Royal Society of Medicine Press Ltd., 2008. – 102 p.
5. Климчук, И.П. Особенности хирургической техники малотравматичных вмешательств при лечении трофических расстройств нижних конечностей венозной этиологии / И.П. Климчук, С.Н. Корниевич, В.В. Комиссаров // Медицина. – 2005. – № 4, – P. 63-65.
6. Pierik, E.G.J.M. Efficacy of subfascial endoscopy in eradicating perforating veins of the lower leg and its relation with venous ulcer healing / E.G.J.M. Pierik, H. van Urk, C.H.A. Wittens // J. Vasc. Surg. – 1997 – Vol. 26, – P.255-9.